



**universidad
de león**
Facultad de Ciencias del Trabajo

FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO

UNIVERSIDAD DE LEÓN

GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS

CURSO 2015-2016

**ANÁLISIS DEL ESTADO DE LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LA
SANIDAD PÚBLICA DE CASTILLA Y LEÓN (SACYL).**

**STATE ANALYSIS COST ACCOUNTING IN THE PUBLIC HEALTH OF
CASTILE AND LEON (SACYL).**

Realizado por la alumna: Dña. Ana Isabel Petralanda Mate

Tutelado por el Profesor: Don Jesús García González

León, a 30 de Junio de 2016



ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	4
OBJETO DEL TRABAJO	6
METODOLOGÍA	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA	12
2.1. ANTECEDENTES	12
2.2. SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LOS HOSPITALES POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	15
3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN (SACYL)	17
4. SISTEMA ACTUAL DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SACYL	20
4.1. INTRODUCCIÓN	20
4.2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	21
4.2.1. <i>Configuración de la estructura Hospitalaria</i>	21
4.2.2. <i>Clasificación de los GFH</i>	21
4.2.3. <i>Costes según su naturaleza</i>	22
4.2.4. <i>Fase de Imputación de los GFH intermedios y estructurales</i>	23
4.3. PRODUCCIÓN Y PRODUCTOS HOSPITALARIOS	25
4.3.1. <i>Introducción</i>	25
4.3.2. <i>Producción Intermedia</i>	26
4.3.3. <i>Producción Final</i>	27
4.4. CONCIERTOS	35
5. SISTEMA ACTUAL DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SACYL	36
5.1. INTRODUCCIÓN	36
5.2. CONFIGURACIÓN DE LA ESTRUCTURA	36
5.3. PRODUCCIÓN	38



6. UN PASO MÁS: AVANZANDO HACIA EL COSTE A PACIENTE	39
6.1. INTRODUCCIÓN	39
6.2. REQUISITOS TÉCNICOS Y ESTRUCTURAS NECESARIAS	40
6.3. VENTAJAS E INCONVENIENTES EN SU IMPLANTACIÓN	40
6.3.1. <i>Ventajas</i>	40
6.3.2 <i>Problemas e inconvenientes en la migración del Sistema</i>	43
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	46
ÍNDICE DE CUADROS	
Cuadro 2.1. Sistemas de Contabilidad Analítica en la Sanidad de las Comunidades Autónomas, 2015	16
Cuadro 4.1. Ejemplo de Maestro de GFH de Atención Especializada	22
Cuadro 5.1. Ejemplo de Maestro de GFH en Atención Primaria	37
ÍNDICE DE FIGURAS	
Figura 2.1. Distribución geográfica Sistemas de Contabilidad Analítica en la Sanidad de las CC.AA, 2015	16
Figura 6.1. Ejemplo Informe a Paciente Gescot Report	42
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
Gráfico 1.1. Gasto sanitario público consolidado y producto interior bruto. Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2009-2013	9
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1.1. Gasto sanitario público 2013. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2009-2013	9
Tabla 1.2. Gasto sanitario público consolidado, 2013, según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante	10
Tabla 3.1. Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, año 2013	18
Tabla 4.2. Ejemplo de Estructura de Coste	24
Tabla 4.3. Explotación estadística del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios del sistema Nacional de Salud, 2013	29
Tabla 4.4. IR-GRD más frecuentes SNS, Año 2010	32

RESUMEN/ABSTRACT

El presente trabajo fin de grado, tiene como propósito abordar la evolución que ha experimentado la contabilidad analítica en la sanidad pública, desde los años noventa, momento en el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo comienza su implantación en los hospitales del antiguo Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), hasta la actualidad, una vez transferidas las competencias en materia de Sanidad a la Comunidad Autónoma de Castilla y León (SACYL).

Además, se analiza la actual estructura contable utilizada en los hospitales públicos y atención primaria de nuestra Comunidad Autónoma, deteniéndonos en la gran oferta de productos y servicios sanitarios que se ofrecen, provocando que la tarea de la obtención de sus costes sea, sin duda, especialmente sofisticada, dada la complejidad de las organizaciones sanitarias.

En último lugar, se hace especial referencia a la madurez de sistema de contabilidad analítica actual, lo que conduce a la necesidad de seguir avanzando hacia un sistema más evolucionado, de coste por paciente, lo que permitirá ofrecer datos económicos y clínicos individualizados así como la obtención de estudios y análisis más concretos y exactos sobre pacientes. Se pone de manifiesto como en la actualidad se observa la tendencia a la implantación, en distintas comunidades autónomas, del sistema GESCOT[®] WEB que incorpora, no solo el cálculo de coste por paciente detallado, sino que aporta notables mejoras funcionales y técnicas.

ABSTRACT

The present I work end of grade, it takes as an intention to tackle the evolution that has experienced the analytical accounting in the public health, from the nineties, moment in which the Ministry of Health and Consumption begins his implantation in the hospitals of the ancient National Institute of the Health (UNHEALTH), up to the actuality, as soon as the competences were transferred on the subject of Health to the Autonomous region of Castile and León (SACYL).

Also, there is analyzed the current countable structure used in the public hospitals and primary attention of our Autonomous Region, stopping in the big offer of products and sanitary services that offer, provoking that the task of the securing of his costs is, undoubtedly, especially sophisticated, considering the complexity of the sanitary organizations.

In last place, there does special reference to the system ripeness of analytical current accounting, which he leads to the need to keep on advancing towards a more evolved system, of cost for patient, which will allow to offer individualized economic and clinical information as well as the securing of studies and more concrete and exact analyses on patients. It is made clear as at present the tendency is observed to the implantation, in different autonomous regions, of the system GESCOT[®] WEB that it incorporates, not only the cost calculation for detailed patient, but it contributes notable functional and technical progress.

OBJETO

A lo largo de las últimas décadas en España, el gasto sanitario ha mostrado un crecimiento muy significativo. En el futuro esta tendencia podría mantenerse, o incluso hacerse más pronunciada debido, entre otros motivos, al fenómeno del envejecimiento de la población. El control del gasto sanitario y su financiación aparecen, por tanto, como aspectos prioritarios del diseño de las políticas sanitarias públicas.

Por ello, el objeto general perseguido es destacar la especial importancia de la contabilidad analítica como herramienta imprescindible para la gestión económico-financiera sanitaria pública, ya que facilita información relevante a fin de mejorar la gestión sanitaria y el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles.

Como objetivos específicos, en primer lugar, mediante una lectura de la diversa literatura de la contabilidad analítica, se expone una visión histórica de la evolución que en ésta materia se ha experimentado. Se analizan los distintos sistemas de contabilidad analítica implantados, durante los últimos años, en la sanidad pública de las distintas Comunidades Autónomas españolas y su tendencia actual a migrar hacia sistemas en formatos más avanzados y que aporten mayor información. Además, se profundiza en la estructura y la metodología en la imputación de costes en la red sanitaria pública de Castilla y León (SACYL), indagando en estrategias de cambio como posibilidad futura de mejora, tomando conciencia de sus ventajas e inconvenientes.

Se propone, como alternativa al sistema actual de costes, dar el necesario salto hacia la obtención de costes a paciente en un soporte moderno basado en arquitectura web.

METODOLOGÍA

En la elaboración del presente TFG, se ha realizado una revisión de la literatura de la contabilidad analítica, teniendo presente la lectura de publicaciones de distintos autores así como las realizadas por Institutos y Organismos Oficiales, además de distinta información obtenida de grupos de trabajo, en materias relacionadas con la contabilidad y gestión analítica, análisis de sistemas y otros, con especial referencia al Sistema de Salud Público Español. Como puede observarse en la bibliografía, existen numerosas publicaciones de Organismos Oficiales sobre esta materia, eligiéndose las más relevantes para la elaboración del presente TFG.

Además, se aporta de forma personal los conocimientos y experiencia profesional propia, de dieciséis años como Jefa del Servicio de Control de Gestión y Contabilidad Analítica del Complejo Asistencial Universitario de León, Hospital perteneciente al SACYL.

También se llevará a cabo un análisis de la evolución del gasto sanitario, para demostrar la importancia que ha adquirido en las últimas décadas el sector sanitario y su gran importancia en el PIB Español, analizando su peso a nivel estatal y a nivel de las distintas CC.AA., con especial referencia a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, finalizando con el estudio y exposición de la distinta información técnica aportada para un potencial cambio de sistema de contabilidad analítica.

1. INTRODUCCIÓN

Según Neuner (1960, p.4) “La Contabilidad de Costos es una fase amplificada de la contabilidad general o financiera de una entidad industrial o mercantil, que proporciona rápidamente a la gerencia los datos relativos a los costos de producir o vender cada artículo o de suministrar un servicio particular”.

Sirviéndonos de un concepto más actualizado podemos definir la contabilidad de costes o Contabilidad Analítica, como una rama de la Ciencia de la Contabilidad que tiene por objeto la captación, medición, valoración, registro y control interno de los procesos productivos de una Organización, al objeto de suministrar información para la toma de decisiones sobre el modelo de producción, política de precios de venta y determinación del beneficio.

La necesidad de controlar las organizaciones, para su adecuada gestión y funcionamiento, requiere de un sistema de información adecuado que permita conseguir los objetivos establecidos mediante la utilización eficaz y eficiente de los recursos disponibles. Por tanto, será necesario diseñar un sistema de información que permita llevar a cabo éste proceso de control a lo que la contabilidad analítica responde con una gran cantidad de recursos necesarios a éste fin.

Centrándonos en las organizaciones relativas al sector sanitario público, podemos reconocer que la sanidad en nuestra sociedad actual ocupa un lugar primordial. El desarrollo económico ligado a los avances tecnológicos médicos, ejercen un incremento sobre la demanda, coste y gasto sanitario.

A nivel internacional, uno de los motivos de mayor preocupación es el incremento del gasto sanitario que se produce, en los países desarrollados, en las últimas décadas. Según estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el gasto sanitario total en España se situaba en 1985 en el 5,7 por ciento del PIB, mientras que en 1995 había evolucionado hacia el 7,6 por ciento. En general, todos los países, presentan una evolución similar a excepción de Estados Unidos, donde el gasto privado es más elevado que el gasto público sanitario.

Según estudios más recientes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), el gasto sanitario público en el año 2013 en España, supuso 61.710 millones de



euros (Tabla 1.1), lo que representa el 5,9 por ciento del producto interior bruto (PIB). El gasto per cápita ascendió a 1.309 euros por habitante.

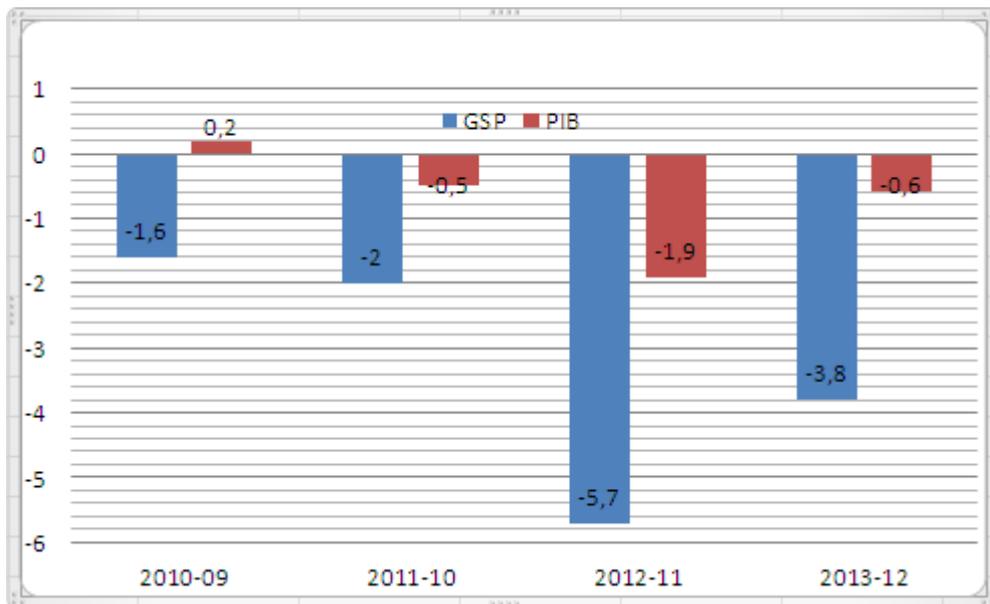
Tabla 1.1: Gasto sanitario público 2013. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	70.579	69.417	68.050	64.153	61.710
Porcentaje sobre PIB	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%	5,9%
Euros por habitante	1.510	1.475	1.442	1.357	1.309

Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad, 2015

En el Gráfico 1.1, se muestra como la tasa anual media de variación del gasto sanitario público, en el quinquenio 2009-2013, fue de un -3,3 por ciento. En este mismo período, el PIB se redujo, en términos medios anuales, un 0,7 por ciento.

Gráfico 1.1: Gasto sanitario público consolidado (GSP) y producto interior bruto (PIB). Tasa de variación interanual (en porcentaje). España, 2009-2013



Fuente: Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e Igualdad, 2015

Si bien el gasto sanitario en España ha descendido en el quinquenio de referencia, coincidiendo con lo más profundo de la reciente crisis económica y en respuesta a los recortes introducidos en el sistema de salud, éste ha aumentado a mayor velocidad que la actividad económica en las últimas décadas, debido a diversos factores, entre los que destacan los siguientes:



- Envejecimiento de la población, determinante básico del aumento del gasto sanitario y cuya tendencia es un incremento del mismo.
- Mayor renta per cápita que provoca una mayor demanda.
- Mayor sofisticación de los tratamientos médicos y avances tecnológicos.
- Nuevas patologías y enfermedades crónicas.
- Cambios en el nivel de exigencia de los pacientes.
- Ampliación de las coberturas de la Seguridad Social.
- Gratuidad de las prestaciones sanitarias.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), recoge el gasto sanitario público sobre el PIB en las Comunidades Autónomas (Tabla 1.2), resaltando que la sanidad suele ser la competencia con más peso en los presupuestos de las comunidades autónomas.

Tabla 1.2: Gasto sanitario público consolidado, 2013, según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	8.812	6,2%	1.044
Aragón	1.656	5,0%	1.229
Asturias (Principado de)	1.520	7,1%	1.423
Balears (Illes)	1.278	4,9%	1.150
Canarias	2.553	6,3%	1.205
Cantabria	801	6,6%	1.354
Castilla y León	3.391	6,3%	1.346
Castilla-La Mancha	2.506	6,6%	1.193
Cataluña	9.265	4,7%	1.227
Comunitat Valenciana	5.671	5,8%	1.109
Extremadura	1.543	9,1%	1.397
Galicia	3.559	6,5%	1.287
Madrid (Comunidad de)	7.403	3,8%	1.140
Murcia (Región de)	2.086	7,8%	1.417
Navarra (Comunidad Foral de)	892	5,0%	1.384
País Vasco	3.394	5,3%	1.549
Rioja (La)	415	5,4%	1.288
Comunidades Autónomas	56.746	5,4%	1.208

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Abril 2015

Nota: En la interpretación de estos datos, es importante tener en cuenta que el 8 por ciento del gasto sanitario público de España no se recoge territorializado en la estadística.

El gasto sanitario público supuso 56.746 millones de euros, cifra que representa el 5,4 por ciento del PIB. El gasto per cápita medio se situó en 1.208 euros por habitante.



Extremadura -con un 9,1 por ciento-, la Región de Murcia -con un 7,8 por ciento- y el Principado de Asturias -con un 7,1 por ciento- son las comunidades que presentaron en el año 2013 un porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB más elevado. La Comunidad de Madrid -con un 3,8 por ciento-, Cataluña -con un 4,7 por ciento- y las Illes Balears - con un 4,9 por ciento- se situaron en el extremo opuesto.

En la Comunidad de Castilla y León el porcentaje se sitúa en el 6,3 por ciento, con un gasto por habitante de 1.346 euros, datos ligeramente superiores a los correspondientes para el total territorio español.

En relación al gasto por habitante, en el 2013, las comunidades con mayor gasto público sanitario han sido: el País Vasco (1.549 euros), el Principado de Asturias (1.423 euros) y la Región de Murcia (1.417 euros). Al extremo opuesto las comunidades que menos gasto por habitante presentan son Andalucía (1.044 euros), Comunidad Valenciana (1.109 euros) y Comunidad de Madrid (1.140 euros).



2. LA CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA

2.1. ANTECEDENTES

Los inicios de la contabilidad analítica en los Hospitales Públicos Españoles se remontan al año 1986, con el Proyecto SICE y CODIGO, dentro del Plan de Calidad Total desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, como respuesta a la necesidad de implantar un sistema que permitiera evaluar la actividad clínica, en relación con los recursos utilizados y su coste. La inexistencia de un sistema que pudiera proporcionar datos válidos y fiables sobre la actividad, ni una metodología homologada para conocer la utilización de recursos y su coste real en los hospitales, impedían llegar a conclusiones válidas en cuanto al gasto sanitario y los factores de generación del mismo.

De esta manera se organiza, en Marzo de 1990, un grupo de trabajo (Grupo SIGNO), formado por representantes de cinco hospitales del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de establecer un marco de referencia como primera aproximación a la imputación de costes por grupos homogéneos de enfermos y, más tarde, al coste por proceso. Como resultado de lo anterior se publica el documento “Gestión Analítica, hacia la Contabilidad Analítica en los Hospitales” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

Pero no sería hasta 1992 cuando realmente el Proyecto SIGNO comienza su andadura, con el Proyecto SIGNO I, que pretende obtener un único producto el “*Coste por Servicio*”. Para ello se establece como primordial identificar la estructura de responsabilidad en el hospital, imputar cada coste a un Grupo Funcional Homogéneo¹ e identificar la facturación interna de servicios en el hospital. “El GFH o unidad mínima de gestión, se caracteriza por tener una actividad homogénea, un único responsable, una ubicación física, unos objetivos propios, una responsabilidad definida y un código identificativo (Ministerio de Sanidad y consumo, 1991, p.22).

El mencionado modelo, llega al conocimiento de los costes de los distintos GFH y al coste por Servicio (suma total de los costes de los distintos GFH que conforman un

¹ En adelante GFH.



Servicio); podría decirse que presenta una información embrionaria y muy limitada, comparada con la que ofrecería la contabilidad analítica en estadios posteriores.

Un paso más allá va el SIGNO II, surgido como consecuencia de la necesidad de introducir cambios en el sistema de financiación, y la concepción de la actividad hospitalaria como empresa de servicios, lo que hará posible avanzar en la gestión analítica introduciéndose paulatinamente en la línea de determinación de los costes por episodio de los pacientes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1994).

La novedad que aporta éste proyecto, es la introducción de la clínica hospitalaria en la contabilidad analítica, cruzando los datos económicos, basados en el gasto real y consumos, con la actividad asistencial hospitalaria, siendo cada vez más necesaria una información veraz y un sistema de información hospitalario más avanzado en términos informáticos. La contabilidad analítica podrá definirse como un buzón en el que vierten la información todos los sistemas de información y de gestión del hospital, por lo que se obliga a potenciar progresivamente la integración e informatización de todos los Servicios Funcionales.

Para ello se definirán las estructuras de datos, ficheros ASCII y conjunto mínimo básico de datos (consumos, actividad clínica, catálogos de productos, etc.) que deberán contener estos ficheros para cargar en la aplicación.

Además, se establece un sistema de homologación contable que permitirá la comparación entre los distintos hospitales de cada grupo, en términos de calidad y eficiencia, no sólo en los productos finales, sino también de los intermedios.

La aplicación SIGNO II, se probó en plan piloto en los Hospitales de Getafe y Medina del Campo; más tarde, se implantó en 19 hospitales seleccionados, comenzando su aplicación práctica en 1994.

Paralelamente van surgiendo otras herramientas básicas de gestión en los hospitales, como:

- La codificación del Conjunto Mínimo Básico de datos², aprobado por el

² C.M.B.D. Se obtiene de la Historia Clínica del Paciente.



Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 1987 (acuerdo 5/14-12-87), siendo obligatorio para todo el territorio nacional desde 1992, por lo que será aplicable a todos los pacientes que son dados de alta tras la hospitalización en todas las CC.AA.

- Sistema de medición de la casuística hospitalaria a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico³, que clasifica a los pacientes en grupos similares, tanto en términos clínicos como de consumo de recursos hospitalarios.

Además, durante el año 1997, se empieza a hablar del Plan Estratégico del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y del Contrato de Gestión que comenzará a utilizarse en el año 1998 como instrumento de financiación de los hospitales públicos.

Si bien el SIGNO II introducía de forma incipiente la producción intermedia y final, ya en 1998 se oficializa con el pilotaje del Proyecto GECLIF en algunos hospitales, con la intención de obtener el coste de los productos hospitalarios. Para ello, se establece una nueva estructura de la contabilidad analítica, que contemple la diferenciación entre costes de hospitalización (necesarios para el cálculo del coste por proceso) de los relativos a la actividad ambulatoria; de esta forma se pudieron conocer los costes de altas, estancias, consultas primeras y sucesivas, etc. El proyecto se recoge en el libro GECLIF, Gestión Clínico-financiera y Coste por proceso⁴ (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001).

Su objetivo principal, era mejorar la Contabilidad Analítica en los hospitales del INSALUD, además de aportar indicadores de eficiencia que permitan llevar a cabo comparaciones entre hospitales. La eficiencia alcanzada, se observa a través de la comparación con otros hospitales del grupo, de forma que cada centro pueda evaluar sus resultados y tomar las medidas oportunas para mejorar tanto el cálculo como el control de costes. Se establecerán cambios en la estructura contable: desglose de GFH por especialidad, tanto en hospitalización como en consultas externas, creación de GFH

³ En adelante GRD.

⁴ Un proceso es una suma de episodios del paciente.



de docencia e investigación, etc.; además se implanta una nueva aplicación informática en la gestión analítica de todos los hospitales de la red INSALUD.

Debido a la ausencia de homogeneidad en la asignación de conceptos de costes, que provocaba dificultades en la comparación entre hospitales así como la detección de desviaciones, se produce una unificación de criterios y se establece una homologación⁴ de la Gestión Analítica, a través de un nuevo sistema de evaluación que permita observar el grado de adaptación a los cambios aprobados.

En el año 2000, este modelo se había implantado en 51 de los 79 hospitales del INSALUD y en 18 de ellos se calculaban costes por proceso mediante el sistema de asignación directa al paciente. Además, el 60 por ciento de los hospitales habían comenzado a calcular los costes de amortización según los criterios imponía el proyecto.

En el año 2002, con el traspaso definitivo de competencias en materia de sanidad a las diferentes comunidades autónomas del régimen común, se hereda el modelo GECLIF utilizado a nivel nacional, pero que pasará a comercializarse con el nombre de GESCOT^{®5}.

2.2. SISTEMAS DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN LOS HOSPITALES POR COMUNIDADES AUTONOMAS

Actualmente las Comunidades Autónomas presentan gran variabilidad en el uso de sistemas y herramientas informáticas en la gestión de la Contabilidad Analítica en sus hospitales (Cuadro 2.1), si bien, es el sistema GESCOT[®] en su versión clásica, el que está implantado en la mayoría de los hospitales de las misma.

⁴ Anexo núm. 2 Sistema de Homologación, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

⁵ Gestión de Costes Clínicos, desarrollado por la compañía SAVAC Consultores, S.L.

Cuadro 2.1: Sistemas de Contabilidad Analítica en la Sanidad de las Comunidades Autónomas, 2015

CC.AA.	
GESCOT®	Servicio Aragonés de Salud
	Servicio Balear de Salud
	Servicio de Salud de Castilla y León
	Servicio Gallego de Salud
	Servicio Madrileño de Salud
	Servicio de Salud Principado de Asturias
	Servicio Riojano de Salud
	Servicio Canario de la Salud
Plataforma SAP	Servicio Extremeño de la salud
	Servicio Vasco de Salud
Software a medida	INGESA
	Agencia Valenciana de Salud
	Servicio Andaluz de Salud
GESCOT® WEB	Servicio Navarro de Salud
	Servicio Murciano de Salud
GESCOT® WEB de forma parcial	Servicio Cántabro de Salud
	Servicio Vasco de Salud
	Servicio Aragonés de salud
	Servicio Gallego de salud

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010. Elaboración Propia

A continuación se muestra su distribución geográfica (Figura 2.1) destacando, en atención a las últimas implantaciones, la tendencia a la migración de la misma herramienta hacia su versión en arquitectura web ya prácticamente de forma exclusiva, abandonando el sistema clásico de Cliente-Servidor hacia un soporte que presenta, además de grandes ventajas funcionales y técnicas, un uso ilimitado a través del acceso a internet.

Figura 2.1: Distribución geográfica Sistemas de Contabilidad Analítica en la Sanidad de las CC.AA, 2015



Fuente: elaboración propia.



3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN (SACYL)

En el año 2001, por Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, la Comunidad Autónoma de Castilla y León asume competencias en materia de sanidad y salud pública de acuerdo con los principios de atención integral a la salud, de igualdad efectiva, calidad y de coordinación y cooperación.

Es en el 2002 cuando los traspasos de funciones se hacen efectivos, asumiendo la gestión la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León, actuando como órgano competente la Gerencia Regional de Salud, desempeñando las funciones de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Según datos Oficiales de Información Estadística de la Junta de Castilla y León (2015), la población de la Comunidad de Castilla y León, ascendió a 2.472.052 habitantes, de los cuales un 49,3 por ciento son hombres y un 50,7 por ciento mujeres. La pirámide de población traza un patrón de población madura.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León es la más extensa de España (94.222 km²), y sus nueve provincias ocupan cerca del 20% del territorio de todo el país. En su territorio se encuentran ubicados 2.248 municipios, más de la cuarta parte de todos los municipios de España. Sin embargo, los 2,5 millones de habitantes de Castilla y León representan poco más del 5% de la población española, lo que supone una baja densidad de población de 26,7 habitantes por km². De este modo, prácticamente el 95% de los municipios castellanos y leoneses cuenta con menos de 2.000 habitantes, y cerca del 30% tiene menos de 100 habitantes. En consecuencia, la dispersión y el carácter rural son dos importantes características de la población que condiciona la prestación de asistencia.

Según informe del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2014), Castilla y León es la Comunidad Autónoma que mayor proporción de su gasto sanitario destina a la atención primaria, concretamente el 17,8 % de los recursos de la Gerencia Regional de Salud, cuando la media de las Comunidades españolas es del 13,8 %. Existen 3.652



consultorios, el 36 % del total nacional, y 246 centros de salud. Además se obtienen las mejores ratios de profesionales sanitarios, tanto de medicina de familia como de enfermería. Así, mientras que la media española supone que cada médico de familia tenga asignados 1.372 habitantes, en la Comunidad la asignación media es de 927.

En cuanto a la atención especializada, también las ratios de profesionales sanitarios son superiores a la media del Sistema Nacional de salud, tanto en especialistas como en enfermería: 2,2 médicos y 3,1 profesionales de enfermería por 1.000 habitantes.

El Sistema Sanitario de Castilla y León se ordena en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, donde se presta la atención primaria, especializada y socio-sanitaria. Hay 11 Áreas de Salud, una por cada una de las 9 provincias de la Comunidad, salvo en el caso de Valladolid y León que tienen dos Áreas. Cada Área de Salud tiene asignado, como mínimo, un Complejo Asistencial u Hospital.

Los principales indicadores de recursos y actividades del Sistema de salud de Castilla y León correspondientes al ejercicio 2013 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), se muestran a continuación (Tabla 3.1).

Tabla 3.1: Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, año 2013

INDICADOR	CASTILLA Y LEÓN
Nº de Tarjetas sanitarias	2.418.298
Recursos Humanos	36.309
Áreas de salud	11
Complejos hospitalarios/hospitales	16
Nº camas instaladas	7.295
Nº quirófanos	173
Nº ingresos hospitalarios	244.425
Nº estancias hospitalarias	1.752.018
Nº intervenciones quirúrgicas	265.071
Nº urgencias atención especializada	945.601
Zonas básicas de salud	249
Centros de salud	246
Nº consultas atención primaria (ordinarias)	29.502.282
Nº consultas atención primaria (urgentes)	1.973.337

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014

NOTA: En Castilla y León existen 16 hospitales/complejos asistenciales públicos, de los cuales 14 dependen de la Gerencia Regional de Salud y 2 de otras Administraciones Públicas local y de Gerencia de

La atención de Urgencias y Emergencias, se organiza en:

- **Asistencia sanitaria urgente en Atención Primaria:** la atención está configurada para poder ofrecer una atención cercana y accesible. Se realiza a través de los Puntos de Atención Continuada y los Centros de Guardia, situados habitualmente en los Centros de Salud. La Comunidad tiene 220 Puntos de Atención Continuada.
- **Asistencia sanitaria urgente en Atención Especializada:** se lleva a cabo a través de los Servicios de Urgencia de los centros Hospitalarios.
- **Emergencias:** la prestación de asistencia en los momentos en que el peligro para la vida es inminente es particularmente compleja en una Comunidad tan amplia y dispersa. Actualmente en Castilla y León hay 1 Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias, 23 Unidades Móviles, 117 Unidades de Soporte Vital Básico, 4 helicópteros sanitarios y 1.300 profesionales.



4. SISTEMA ACTUAL DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SACYL

4.1. INTRODUCCIÓN

Desde hace más de una década en todos los hospitales de la Comunidad está implantado de forma homogénea el sistema de costes GESCOT[®] de la empresa Gfi-SAVAC. En la misma herramienta se gestiona la contabilidad analítica de Atención Especializada y, desde el año 2014, también la de Atención Primaria, ambas elaboradas por los responsables de los Servicios de Contabilidad Analítica de los distintos Hospitales del SACYL.

La aplicación informática se aloja en un servidor local dentro de cada Hospital, utilizando, a nivel de usuario, equipos mono-puesto con requerimientos técnicos adaptados al volumen de datos hospitalario.

La aportación de información al sistema GESCOT[®], se realiza a través de la carga de bases de datos suministradas por las distintas aplicaciones informáticas del hospital, en un formato y estructura predeterminadas. La mayor parte de la información incorporada al sistema (económica y asistencial) se produce de forma automática, siendo una pequeña parte la que se introduce de forma manual.

Los sistemas de información hospitalarios poseen una red abundante y compleja de aplicaciones informáticas fuentes principales de suministro de información a nivel:

- Económico: nómina por empleado, consumos de los distintos almacenes (almacén general, almacén de farmacia, almacén de mantenimiento) gasto real por epígrafes contables, etc.
- Clínico: ingresos, estancias, consultas, GRD, quirófanos, pruebas de laboratorio, de radiología, etc.

En la explotación de resultados, GESCOT[®] permite obtener información del consumo de recursos:

- Por centro de responsabilidad (GFH o Servicio)
- Por líneas de actividad asistencial (o Área de Producción).
- Por proceso y producto.



- Por paciente, dependiendo del grado de desarrollo e implantación de los sistemas de información asistencial; actualmente el coste a paciente es un paso aún pendiente de dar en nuestra comunidad pero hacia el que avanza inexorablemente.

4.2. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

4.2.1. Configuración de la Estructura Hospitalaria

La estructura hospitalaria se establece a través del organigrama del Hospital, en función de la cartera de Servicios que tenga aprobada oficialmente, configurándose de la siguiente manera:

- **Grupo Funcional Homogéneo.** Se podrán crear tantos como se consideren convenientes dentro de un Servicio Clínico, con el fin de poder calcular el coste del producto Final.
- **Servicios.** Los servicios que se creen deberán coincidir con los servicios médicos existentes en el hospital y agruparán los GFH que por su naturaleza deban estar incluidos en el mismo.
- **Área Funcional.** Son las líneas de actividad asistencial o Área de Producción. Agrupa a uno o varios Servicios, constituyendo el nivel mínimo de estructuración de un hospital.

4.2.2. Clasificación de los GFH

- **Finales:** Son aquellos que realizan la actividad principal, es decir, los que realizan la actividad clínica y dan altas. En fase de imputación solo reciben costes, sin poder imputar nada salvo por medio de las interconsultas (por ejemplo Traumatología Consulta, Traumatología Hospitalización, Cirugía Mayor Ambulatoria, etc.).
- **Intermedio-finales:** Realizan parte de su actividad como final, dando altas y parte intermedia realizando su actividad para otros GFH (Medicina Intensiva, Urgencias). En Medicina Intensiva las altas del servicio son los exitus y es la parte final del Servicio, mientras que la intermedia sería el traslado a otro



servicio del paciente. En urgencias ocurre otro tanto, actuando como final para las urgencias no ingresadas e intermedio para las ingresadas.

- **Intermedios:** Son los que realizan una función logística y asistencial y tienen un producto definido y medible, facturando internamente a otros GFH según demanda. En fase de imputación es obligatorio que repartan todo su coste (radiología, laboratorios, pruebas especiales, etc.).
- **Estructurales:** Son aquellos que realizan funciones de dirección y/o administración, y no realizan una producción definida y facturable a otros GFH (Dirección Gerencia, Médica, de Gestión y SS.GG., etc.).

A continuación (Cuadro 4.1), se muestra un ejemplo del Maestro de GFH que se maneja Atención Especializada, indicando los Códigos y denominaciones de los Servicios y GFH, así como el Área de Producción y el tipo de GFH.

Cuadro 4.1: Ejemplo de Maestro de GFH de Atención Especializada

CODIGO SERVICIO	DENOMINACIÓN SERVICIO	TIPO GFH	GFH	CÓD. GFH	ÁREA PROD.
ACL	ANÁLISIS CLÍNICOS	I	ANÁLISIS CLÍNICOS	LACL	
		I	LAB. DE URGENCIAS	LURG	
		I	EXTRACCIONES	EXTR	
		I	LAB. INMUNOLOGÍA	LINM	
		F	ANÁLISIS C. DOCENCIA	LACD	DOC
GER	GERENCIA	F	ANÁLISIS C. INVESTIGACIÓN	LACI	INV
		E	DIRECCIÓN GERENCIA	DGER	
		F	TRAUMA. HOSPITALIZA.	TRAH	HOS
		F	TRAUMA. CONSULTA	TRAC	CEX
		F	TRAUMA. AMBULATORIA	TRAA	AMB
TRA	TRAUMATOLOGÍA	F	TRAUMA. DAM A PACIENTES EXTERNOS	TRAF	DPE
		F	TRAUMA. DOCENCIA	TRAD	DOC
		F	TRAUMA. INVESTIGACIÓN	TRAI	INV
		F	TRAUMA. CONCIERTOS	TRAN	

Fuente: elaboración propia

4.2.3. Costes según su Naturaleza

Podemos clasificar los costes en Directos e Indirectos. Los primeros son imputados de forma directa al producto final y los indirectos mediante un criterio de reparto. De acuerdo con la estructura presupuestaria de gastos, se pueden distinguir los siguientes tipos de costes Directos:



- **CAPITULO I Costes de Personal:** incluyen todos los costes de personal devengados en el ejercicio corriente, comprendiendo las retribuciones fijas y variables, prorratas de pagas extraordinarias, cuotas patronales y recuperación de la Incapacidad Temporal.
- **CAPITULO II Costes de Bienes y Servicios:** incluyen los relativos a los epígrafes presupuestarios contemplados en el Capítulo II de la contabilidad presupuestaria, quedando excluidos en la actualidad los importes relativos a las amortizaciones por depreciación del inmovilizado.

El modelo de coste utilizado actualmente es el Coste Completo o Full Costing, considerándose todos los costes implicados en la Producción y, por tanto, deben llegar a los Productos Finales.

4.2.4. Fase de imputación de los GFH intermedios y estructurales

En esta fase, los costes de los distintos GFH intermedios y estructurales se reparten de forma que el coste total del hospital quedará recogido en los GFH finales.

Previo al proceso de imputación, ha de realizarse la distribución de:

- los costes de personal, lo que se lleva a efecto por aplicación de la plantilla en la que constan los porcentajes que destina el personal a cada actividad dentro del hospital (consulta, hospitalización, pruebas especiales, etc.).
- y de los costes de funcionamiento, tras aplicar igualmente la plantilla de los epígrafes presupuestarios con gastos comunes, bajo un criterio determinado.

Para obtener el coste total de los GFH finales, es necesario asignar a los GFH intermedios y estructurales unos criterios de imputación o de reparto; éstos serán elegidos en función del nivel de información que se posea, debiendo elegir siempre el más fino ya que proporcionará mayor exactitud al reparto. Así, por ejemplo, los GFH intermedios limpieza y mantenimiento repartirán, respectivamente a través de los criterios superficie por GFH y minutos de mantenimiento prestados por GFH; el estructural Dirección Médica, a través del número de Facultativos por GFH y así todos y cada uno de ellos sin que quede ninguno sin repartir.



El proceso de imputación de costes se desarrolla a través del método matricial⁶, utilizando el modelo de ecuaciones simultáneas para resolverlo, de forma que todas las imputaciones cruzadas quedan resueltas.

En el ejemplo de estructura de costes del GFH Dermatología Hospitalización (Tabla 4.2), se reflejan los siguientes costes:

- **COSTES DEL SERVICIO:** son costes directos del GFH, tanto de personal (desglosados por categorías profesionales), como de funcionamiento (bienes y servicios por epígrafes presupuestarios).
- **COSTES UTILIZACION OTROS SERVICIOS:** muestra los costes indirectos repercutidos por utilización de otros Servicios, según la actividad demandada a los mismos.
- **COSTES ESTRUCTURALES:** desglosa, opcionalmente, la asignación de costes de los GFH estructurales que les corresponda.

Tabla 4.2.: Ejemplo de Estructura de Coste

DERMATOLOGIA HOSPITALIZACION	
COSTES DE PERSONAL	
Facultativos	15.355
Personal en Formación (MIR, TIR)	118.063
No sanitarios: grupos A, B, C, D, excepto celador	32.720
TOTAL COSTES DE PERSONAL	166.138
COSTES DE FUNCIONAMIENTO	
(22.002) Material, suministros y otros Material Informático no Inventariable	41
(22.106) Material, suministros y otros Productos Farmacéuticos	7.240
(22.114) Material, suministros y otros Hemoderivados	5.013
(22.115) Material, suministros y otros Instrumental y peq. utillaje sanitario	1.348
(22.116) Material, suministros y otros Suministros Implantas	5.304
(22.121) Material, suministros y otros Otro Material Sanitario	379
TOTAL COSTES DE FUNCIONAMIENTO	19.324
COSTES DEL SERVICIO	185.463
ADMISION HOSPITALIZACION	1.007
ALMACEN DE FARMACIA	38
ALMACEN GENERAL	242
ANESTESIA	67.780
COMPRAS-APROVISIONAMIENTO	56
DERMATOLOGIA QUIROFANO	36.247
DIETETICA	2.133
LABORATORIO ANATOMIA PATOLOGICA	57.685
MANTENIMIENTO TALLERES HOSPITAL	221
COSTES UTILIZACION OTROS SERVICIOS	537.446
COSTES ESTRUCTURALES	12.000
TOTAL	734.909

Fuente: elaboración propia

⁶ El método Matricial aplica interrelaciones recíprocas entre los GFH, de modo que uno que haya repartido costes puede recibir los costes de otro.

4.3. PRODUCCIÓN Y PRODUCTOS HOSPITALARIOS

4.3.1 Introducción

Si bien, de forma genérica, el producto básico de un hospital es la Salud, descender a calcular el coste de la producción⁷ y de sus productos será uno de los objetivos específicos de la Contabilidad Analítica.

Según Valor, J. (1990) “Si definimos al hospital como una empresa, ésta debe ser considerada como una empresa de servicios. Una empresa de servicios es aquella en la que es imposible distinguir el producto del proceso ya que ambos van íntimamente unidos” (p. 3). Actualmente ésa distinción se realiza, a efectos prácticos, entendiendo como “producto” una prestación tangible (radiografías, pruebas analíticas) o intangible pero individualizable (consultas, estancias) y un “proceso” como sumatorio del coste de los distintos episodios relacionados con el tratamiento del paciente (GRD de hospitalización).

Los hospitales son organizaciones sanitarias sofisticadas, con una gran oferta de productos y servicios, algunos fácilmente identificables y otros que, por su naturaleza, no lo son tanto; así por ejemplo, una prueba analítica es un producto tangible, no siendo tan sencilla la identificación de los cuidados de enfermería o la actividad docente.

Podemos clasificar la producción hospitalaria en función del GFH que realiza la producción en:

- **Producción intermedia:** es aquella realizada por los GFH intermedios y a petición del servicio responsable del paciente; puede clasificarse a su vez en:
 - Producción logística: menús, kilos de ropa lavada, etc.
 - Producción de diagnóstico y tratamiento: radiografías, intervenciones quirúrgicas, pruebas analíticas, etc.

⁷ En GESCOT® denominado Coste por Proceso.

- **Producción final:** es aquella realizada por los GFH finales. Ésta producción se encuentra en la actividad de hospitalización, ambulatoria hospital de día, etc.

4.3.2. Producción Intermedia

En el ámbito hospitalario existe una gran oferta de productos, dada la complejidad de la atención y prestación de sus servicios: laboratorios (análisis clínicos, hematología, microbiología, inmunología, etc.), pruebas especiales de cardiología, radiología, neumología, dermatología, angiología y cirugía vascular, neurofisiología clínica, etc.

La necesidad de obtener el coste de cada uno de ellos conlleva su necesaria catalogación y ponderación.

Así, en 1992, se constituyó la Comisión Técnica Signo II de Laboratorios y Radiodiagnóstico, formada por profesionales de diferentes Comunidades Autónomas, para definir los catálogos de productos de los servicios implicados dejando constancia de los catálogos acordados en varias publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (1993). En 1994 se sumarían otros servicios más como el de Neurofisiología Clínica, Anatomía Patológica y Bioquímica.

Según la Memoria 2010 de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2010), se realizaron más de tres millones de pruebas diagnósticas, de los cuales el 45 por ciento corresponde a pruebas radiológicas. En cuanto a las pruebas de laboratorio hay que destacar la gran actividad con casi cinco millones de pacientes a los que se les realizó alguna prueba dentro del mismo periodo.

Actualmente, en la contabilidad analítica, conviven catálogos de productos elaborados por cada hospital de forma independiente, con otros oficiales estandarizados por las comunidades autónomas para su red hospitalaria.

En cuanto al proceso de elaboración o actualización de un catálogo ponderado de productos, pasa primero por definir las técnicas diagnósticas que se realizarán en el servicio. Una vez determinadas, hay que calcular el valor de las Unidades Relativas de



Valor (URV)⁸ de cada producto. La unidad relativa de valor expresa un coste económico para cada técnica, es decir, indica cuantas veces más cuesta una que otra que se toma como referencia. Calcular el valor de las URV de los productos, supone calcular su coste económico real: costes de personal (tiempo invertido), suministros (artículos requeridos), costes indirectos y estructurales necesarios para realizar la técnica. El cálculo empleará como referencia una determinada técnica, que se considera como una unidad y el resto de las técnicas se ponderarán en referencia a ésta según su coste.

A modo de ejemplo, se expone a continuación algunos de los productos del Catálogo de Exploraciones de la Sociedad de Radiología Médica (SERAM, 2015):

CÓD.	DESCRIP.	URV
01010101	TÓRAX, PA	0,9
01010201	TÓRAX, PA Y LAT	1
01010301	POYEC. ESPECIALES DE TÓRAX: DECÚBITOS	0,9
01010401	PARRILLA COSTAL	1
01040601	MANDÍBULA DOS PROYECCIONES	1
01063201	TOBILLO AP Y LAT.	1
01062801	RODILLA AP, LAT Y AXIAL	1,5
01010501	FUOROSCOPIA DE TÓRAX	1,9

4.3.3. Producción Final

- **Producción de Hospitalización:** Ingresos, Estancias, Altas y Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

La heterogeneidad de los componentes del proceso hospitalario, hace necesario definir grupos homogéneos en productos de hospitalización, para calcular costes y otras magnitudes clínicas, como son los Grupos Relacionados por el Diagnóstico. Constituye un sistema de clasificación que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital al alta, con el coste que representa su asistencia. Fue diseñado para hospitalización de agudos atendiendo a que los episodios asistenciales semejantes presentan cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo esperado de recursos similar, si bien actualmente se registran también los episodios de Cirugía sin Ingreso (Cirugía Mayor Ambulatoria) y, desde 2014, los de Hospital de Día.

⁸ Las URV son factores de reparto que permiten transformar los recursos consumidos, al realizar un procedimiento, en coste económico imputable al mismo.



Pero para llegar a obtener información de los GRD es requisito previo recoger una serie de datos del paciente. Desde 1992 existe la obligatoriedad, por normativa ministerial, de cumplimentar el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD), por paciente atendido en cada hospital público.

El CMBD contiene importante información para conocer la realidad sanitaria de una población, ya que además de recoger los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), registra el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones que presenta el paciente durante el ingreso (diagnósticos secundarios), algunas técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas, sobretodo de tipo quirúrgico, que han sido utilizadas para tratar al paciente (procedimientos). Finalmente, en el CMBD consta la fecha de ingreso y de alta del paciente, así como su circunstancia de ingreso (urgente, programada) y la circunstancia de alta del paciente (alta a su domicilio, defunción, traslado a otro hospital, etc...). La codificación clínica de diagnósticos y procedimientos se realiza siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013, p.8): “CIE-10-PCS es un sistema de codificación de procedimientos que se utilizará para recopilar datos, calcular costes y servir de apoyo a las historias clínicas electrónicas en todos los procedimientos de hospitalización realizados en los Estados Unidos”. La versión utilizada actualmente es la CIE-9 que incluye, aproximadamente, 1200 códigos diagnósticos y unos 3500 códigos de procedimientos.

La información recogida en el CMBD se carga en el agrupador de GRD que es lo que permite agrupar los episodios asistenciales atendidos en GRD, lo que hace de forma automática la aplicación informática 3M™ Core Grouping Software (All-Patient-GRD), de la empresa 3M implantada en todos los hospitales del SACYL. Cada clase o grupo lleva asociado un Peso Relativo (PR)⁹ como expresión del coste relativo de dicho grupo en relación al episodio promedio en hospitalización de agudos. Actualmente los GRD son el sistema de clasificación de pacientes mas

⁹ Los PR de los GRD que se utilizan actualmente son pesos americanos aunque, recientemente, comienzan a introducirse los españoles.



utilizado universalmente para valorar la producción de un hospital sientos utilizados en multitud de países como base de la categorización del producto hospitalario a efectos de gestión, planificación y financiación.

En el 2010, en el conjunto de hospitales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, se han codificado 246.900 altas, el 99,44% del total, de las cuales 122.312 corresponden a hombres y 124.582 a mujeres (6 pacientes sin código de sexo).

Para el conjunto del SACYL, el número de altas por categoría diagnóstica son, por orden de frecuencia: enfermedades del aparato circulatorio (36.694 altas, que representan casi el 15% del total), enfermedades del aparato digestivo (31.142 altas, el 12,61%), enfermedades del aparato respiratorio (29.023 altas, el 11,75%) y las neoplasias (27.473 altas, el 11,13%).

Debido a que no se dispone de costes publicados oficialmente para GRD en el territorio SACYL, se muestra en la Tabla 4.3, los costes del Sistema Nacional de salud del año 2013 de los 8 principales GRD de entre 500 y 1.000 camas (hospital grande).

Tabla 4.3: Explotación estadística del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios del sistema Nacional de Salud, 2013

Cód. GRD	GRD	Casos	Estancia Media	Peso	Coste
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	48.418	2,50	0,409400	1.917,98
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS	31.768	9,60	0,830500	3.890,46
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	23.921	2,97	0,448800	2.102,28
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	17.676	7,38	0,653500	3.061,08
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	14.535	9,85	0,942300	4.414,13
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	12.810	4,28	0,760800	3.564,00
430	PSICOSIS	11.645	18,67	1,340500	6.279,60
14	ICTUS CON INFARTO	11.038	8,52	0,718700	3.366,91

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013

Siguiendo a González, JG (2008, p.256), entre las utilidades de los GRD se encuentran:

- Valorar la complejidad de los pacientes en los distintos servicios de los centros.
- Identificación de la variabilidad en la práctica clínica, y la reestructuración de los procesos.
- Impulsar la gestión por procesos.



- Establecer un sistema de financiación basado en tarifas individualizadas por GRD, esto es, avanzar hacia una presupuestación prospectiva.
 - La elaboración de una cuenta de resultados por cada producción
 - Implantar un sistema de bechmarking, estableciendo un marco de “eficiencia” en la organización.
- **Producción Ambulatoria:** es aquella que se presta sin ingreso hospitalario del paciente; se incluye dentro de la misma: las consultas externas (intra o extra hospitalarias), cirugía mayor ambulatoria, urgencias no ingresadas, tratamientos en hospital de día y hospitalización a domicilio, entre otras:

1. **Consultas externas.** Se definen como el total de los diversos actos médicos realizados de forma ambulatoria, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente; pueden ser prestadas dentro del hospital o fuera de él, en los distintos centros de atención especializada (ambulatorios).

Las consultas se clasifican en primeras (primera visita al especialista) y sucesivas (consecuencia de la primera visita, para valorar pruebas y concretar el diagnóstico).

En el año 2010 en el territorio del SACYL el total de consultas externas ha sido de 4.127.993, de ellas 1.359.649 fueron primeras consultas, con un índice de consultas sucesivas/primeras de 2,04 y un porcentaje de primeras consultas procedentes de Atención Primaria del 69,64 por ciento.

El proceso de modernización que está experimentando el Sistema Sanitario Público español durante los últimos tiempos ha llevado implícitos cambios importantes en la asistencia ambulatoria especializada; así en los últimos años se está tratando de implantar y extender lo que viene a llamarse consulta de “*Alta Resolución o Consulta Única*”. Martínez-Ramos, C. (2009, p.345) la define como “El proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna”. El objetivo principal es resolver el problema de salud



de un paciente el mismo día de la consulta, pues en la actualidad para hacer una aproximación diagnóstico-terapéutica en muchas ocasiones se necesitan dos o tres días de asistencia (uno para la primera visita, otro para realizar las pruebas complementarias y un tercer día para recoger los resultados y tratamiento indicado), con las consiguientes molestias para los pacientes y carga clínica y económica para la institución.

El primer hospital público español que puso en marcha éste sistema fue el Hospital Alto Guadalquivir (dependiente de la Junta de Andalucía), que en 1999 lo incorporó en todas las especialidades. Los beneficios obtenidos han determinado no sólo la permanencia del modelo, sino también su extensión a sucesivos centros adscritos a éste, de manera que en la actualidad podemos afirmar que concentran una de las experiencias más prolongadas y mejor establecidas al respecto, dentro del Sistema Sanitario Público Nacional.

En el SACYL, la primera unidad de alta resolución se ha implantado en el 2014 en el Servicio de Endocrinología y nutrición, para tratar la patología tiroidea en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Sus responsables indican que, al tratarse de una unidad de alta resolución, en el mismo día se realiza la valoración clínica, una analítica y una ecografía, y en su caso una citología del nódulo, algo que de manera convencional necesitaría como mínimo tres consultas clínicas diferentes. De esta manera, se acortan los plazos del proceso diagnóstico del paciente.

2. **Cirugía Mayor Ambulatoria.** La Cirugía Mayor Ambulatoria nace con la intención de disminuir las listas de espera quirúrgicas y se define como aquella, en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención para regresar, tras ésta, a su domicilio. La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90 con alguna experiencia previa aislada. Durante los últimos quince años ha tenido un considerable desarrollo, en los ámbitos público y privado, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes susceptibles de procedimientos



quirúrgicos que, con anterioridad, eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008): Entre los beneficios económicos obtenidos con la CMA, se incluyen los siguientes

- Los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento.
- Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera.
- Libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos.
- En las Unidades de CMA se mejora la programación quirúrgica, se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas (al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias) y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano.
- Disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la atención continuada en el hospital.

Al igual que en los GRD de hospitalización, existen los mismos GRD para la CMA, aunque sus altas son codificadas en aplicaciones distintas. Según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010), (Tabla 4.4), los más frecuentes son los relacionados con la cirugía de la catarata (25%), los procedimientos cutáneos y de tejidos blandos (fundamentalmente escisiones de lesiones cutáneas) con 19%, y otros procedimientos oculares no complejos (intervenciones sobre cuerpo vítreo fundamentalmente).

Tabla 4.4: IR-GRD más frecuentes SNS, Año 2010

Cód. IR-GRD	DESCRIPCIÓN	Casos SNS	COSTE MEDIO (euros)	PESO
022360	PROCEDIMIENTOS DE CATARATAS	262.255	930,10	1,042705
092420	OTROS PROCEDIMIENTOS DE PIEL Y TEJIDOS SUBCUTÁN.	164.796	667,29	0,748077
082510	PROCEDIMIENTOS COMPLEJOS EN LOS TEJIDOS BLANDOS	39.390	743,85	0,833913
022350	PROCEDIMIENTOS NO COMPLEJOS DE LA CÁMARA POST. OJO	38.743	573,22	0,642625
062140	PROCEDIMIENTOS DE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL	31.168	1.056,10	1,183963
022230	PROCEDIMIENTOS NO COMPLEJOS EXTRAOCULARES	28.954	681,65	0,764181
022220	PROCEDIMIENTOS MODERADAMENTE COMPLEJOS EXTRAO.	26.051	1.006,05	1,127861
012130	CIRUGÍA DEL TUNEL CARIPIANO	25.867	767,80	0,860760

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013



3. **Urgencias no ingresadas.** En el 2010, el número total de pacientes que fue atendido en los servicios de urgencia hospitalarios de la comunidad fué de 947.153, con una media de 2.592 personas atendidas al día. De cada 100 ingresos 70 son ingresos urgentes (presión de urgencias).

El GFH de urgencias en la contabilidad analítica es un GFH intermedio-final por lo que tiene actividad intermedia (urgencias ingresadas) y actividad final (urgencias no ingresadas). El coste de las urgencias ingresadas se repartirá hacia el GFH de hospitalización donde el paciente ingrese, quedándose el coste de las urgencias no ingresadas como coste del servicio final de urgencias.

4. **Hospital de Día.** Se entiende como Hospitalización de Día la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, exploraciones o tratamientos que no pueden hacerse en las consultas externas y que no justifican la estancia completa en el hospital.

Como modalidad asistencial ha tenido, tanto dentro del sistema sanitario público como privado, un considerable desarrollo durante los últimos años, incrementando la eficiencia en la atención a pacientes, evitando ingresos hospitalarios innecesarios.

Dentro del SACYL existen los siguientes hospitales de día: oncohematológico, SIDA, geriátrico, psiquiátrico y general; durante el 2010 la actividad en su conjunto fué de 144.924 tratamientos, ostentando el área de oncohematología el mayor número de ellos con el 57,75 por ciento de la actividad total; actualmente se está implantando la codificación de todos los procesos atendidos en los distintos hospitales de día de forma semejante a la codificación de la hospitalización y de la cirugía mayor ambulatoria.

5. **Hospitalización a domicilio y cuidados paliativos.** La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial a la hospitalización tradicional que consiste en un modelo organizativo y funcional capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados, tanto médicos como de enfermería, de complejidad hospitalaria. Son pacientes que requieren cuidados



especializados de rango hospitalario en su propio domicilio, garantizándoles una eficacia y seguridad similares a las que recibirían mediante una hospitalización convencional, para aquellos casos en los que el domicilio sea el mejor lugar terapéutico.

La primera Unidad de Hospitalización a Domicilio, fue creada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en 1981, y sirviendo de modelo para la creación de las más de 100 unidades existentes en la actualidad en el Sistema Nacional de Salud.

En el SACYL la posibilidad de ingreso en la unidad puede partir desde el servicio de urgencias, consultas externas o desde Atención Primaria. En el año 2010, los profesionales de los equipos de hospitalización a domicilio de la comunidad, realizaron más de 36.000 visitas médicas y de enfermería para atender a los 2.742 pacientes ingresados en éste programa; en el programa de Cuidados Paliativos domiciliarios, ingresaron 651 pacientes y se realizaron más de 10 mil visitas. Al igual que en los Hospitales de Día, sus procesos son codificados siendo los más frecuentes las neoplasias malignas.

6. **Dispensación ambulatoria a pacientes externos.** Los hospitales, a través del servicio de farmacia, dispensan gran variedad de medicamentos de alto coste a pacientes ambulatorios con distintas patologías: hemofilia, VIH+, fibrosis quística, insuficiencia renal crónica, etc. El importe de estos fármacos supone para el hospital un coste muy importante, por lo que es fundamental recogerlo en ésta línea de producción para evitar la distorsión de otros costes ambulatorios.
7. **Docencia e Investigación.** Junto a la actividad clínica de prestación de asistencia sanitaria, los profesionales sanitarios dedican parte de su jornada al desarrollo de actividades de formación e investigación. En general, en casi todos los hospitales del SACYL existen GFH de docencia e investigación de forma independiente para cada servicio (Traumatología Docencia, Traumatología Investigación), que recogerán el coste que genera el desarrollo actividades como: formación continuada, becas, cursos, coste de los Médicos Internos Residentes (MIR), etc.

4.4. CONCIERTOS

Los conciertos de la sanidad pública con los centros privados, son un elemento fundamental para la sostenibilidad del sistema. Están orientados a aliviar las listas de espera de la sanidad pública, así como a ofrecer una respuesta a los tiempos máximos establecidos de prestación sanitaria al paciente. Según el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2011, p.45) en nuestro país, aproximadamente un 40% de los centros hospitalarios privados presenta algún tipo de concierto con las Administraciones Públicas.

Los procesos de contratación pública de los diferentes conciertos varían en función de la comunidad autónoma contratante y del tipo de actividad a concertar, quedando resumidos en los siguientes:

- Concursos abiertos: se permite acudir libremente a todas las empresas al proceso de selección.
- Procedimiento negociado con publicidad: se realiza el anuncio de licitación para que aquellas empresas interesadas, soliciten participar en el procedimiento; posteriormente se procede a una selección de los más adecuados, invitando al menos a tres de ellos para que presenten sus proposiciones, para a continuación decidir sobre la oferta más ventajosa.
- Procedimiento negociado sin publicidad: el órgano contratante invita al menos a tres empresas a presentar sus ofertas seleccionando la más ventajosa en función de criterios como calidad, precio, cercanía del centro, etc.
- Procedimiento especial por exclusividad: se concierta la actividad de forma exclusiva con un determinado centro por poseer unas capacidades especiales.

En el SACYL su gestión se realiza de forma unitaria en Servicios Centrales para todos los hospitales de la Comunidad y no de forma independiente por centro. Actualmente rigen diferentes tipos de conciertos adjudicados a Hospitales Privados, con el fin de prestar distintos tipos de actividad como: estancias, consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas de diagnóstico por imagen (resonancia magnética, PET¹⁰), etc.

¹⁰ Tomografía de Emisión de positrones: es una técnica diagnóstica no invasiva de imagen.



5. SISTEMA ACTUAL DE CONTABILIDAD ANALÍTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SACYL

5.1. INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria es la puerta de acceso del paciente al sistema sanitario. Comprende actividades de educación y asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

En el año 2010, según la Memoria de la Gerencia Regional de Salud del SACYL (2010), los equipos de Atención Primaria han realizado más de 30 millones de consultas durante el horario ordinario, de ellas casi 18 millones corresponden a medicina familiar y comunitaria, 10,9 a enfermería y 1,3 millones a los pediatras de equipo. A ésta actividad hay que sumar la de otros profesionales como matronas y trabajadores sociales. La actividad domiciliaria supone el 5,37 por ciento de las consultas de Enfermería y el 1,46 por ciento de las de Medicina de Familia.

La media de atención diaria ha sido de 122.645 consultas, siendo la demanda asistencial mayor para Medicina Familiar, especialmente en el medio urbano y semiurbano, mientras que en Pediatría la demanda es superior en el medio rural.

La frecuentación en Medicina Familiar y Comunitaria (8,39 consultas por habitante/año) es casi el doble que en Enfermería (4,48), presentando una tendencia estable en los últimos años.

La implantación de la Contabilidad Analítica en la Atención Primaria del SACYL, se produce en el año 2014, introduciéndose de forma simultánea en todos los hospitales públicos de la comunidad.

5.2. CONFIGURACIÓN DE LA ESTRUCTURA

El equipo de salud de Atención Primaria, es la estructura básica, organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios, que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y las actividades de la atención primaria en el seno de una comunidad determinada, con el objetivo común de “proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familiares la atención más integral de salud posible” y cuyo ámbito de actuación es la zona básica de salud.



Los EAP son equipos multidisciplinares integrados por una gran variedad de tipos de personal: médicos, pediatras, enfermeras, matronas, trabajadores sociales, veterinarios y otros.

La estructura de la contabilidad analítica de atención primaria, se establece a través de la dotación oficial de los EAP existentes en cada área de salud; de ésta forma, se han creado tantos GFH como equipos existentes y, dentro de los mismos, los específicos por actividad asistencial prestada. Así, la estructura básica contable queda como sigue:

- **GFH:** Al igual que en atención especializada, el centro de coste es la unidad básica de agrupación del consumo de recursos; la clasificación y contenido de los mismos es idéntica, con la diferencia de que no existen intermedios-finales.
- **Servicios:** Son la suma del total de los GFH que componen un EAP, utilizando como descripción la localidad física donde esté ubicado el mismo, a diferencia del concepto de servicio en atención especializada donde su descripción y contenido es el de la especialidad asistencial concreta que preste.
- **Área Funcional.** Área de Producción que agrupa a uno o varios Servicios.

A continuación, en el Cuadro 5.1, se muestra un ejemplo de cómo quedaría el Maestro de GFH, indicando la distribución del Servicio, tipo de GFH, asociación de los mismos y el área de Producción correspondiente a cada uno.

Cuadro 5.1: Ejemplo de Maestro de GFH en Atención Primaria

SERVICIO	TIPO GFH	GFH	ÁREA PROD.
EAP ASTORGA	F	0001MDF EAP Astorga Med. de Familia	M. FAMILIA
	F	0002PED EAP Astorga Pediatría	PEDIATRÍA
	F	0003ENF EAP Astorga Enfermería	ENFERMERÍA
	F	0004PAC EAP Astorga Punto at. Conti.	AT. CONTINUADA
	F	0005FIS EAP Astorga Fisioterapia	FINALES
	F	0006MAT EAP Astorga Matronas	FINALES
	F	0007SBD EAP Astorga Salud buco-den.	FINALES
	F	0008TSO EAP Astorga Trab. social	FINALES
UNIDAD GERENCIA	I	0009PES EAP Astorga Pruebas	
MANTENIMIENTO	E	0010UGE Unidad Gerencia	
	E	0011MAN Mantenimiento	

Fuente: elaboración propia

5.3. PRODUCCIÓN

En cuanto a las áreas de producción con las que se trabaja, podemos distinguir las siguientes: Medicina de Familia, Pediatría, Atención Continuada, Enfermería, y Docencia e Investigación, entre otras, con los siguientes productos y procesos:

- **Producción Intermedia:** Son pruebas que realizan los GFH intermedios, como por ejemplo los siguientes productos:
 - Ecografía, Retinografías y otras pruebas, realizadas por los Médicos de Familia y Pediatras
 - Extracciones y otros procedimientos, en centro y en domicilio, realizados por el personal de Enfermería.
- **Producción Final:** Es muy variada y depende de la actividad que realice cada tipo de personal, como por ejemplo:
 - Medicina de familia y Pediatría: Consulta en centro, en domicilio, procesos de cirugía menor.
 - Enfermería: Cosunta en centro, en domicilio y otros procedimientos de enfermería.
 - Matronas: Consulta en centro, en domicilio, educación maternal y climaterio.

Además de la producción final anterior ordinaria (que se desarrolla en jornada y horario ordinario) existe la producción final en atención continuada, que es la prestada en horario y jornada extraordinaria.

Toda la actividad clínica de los pacientes se introduce en la aplicación **Medora**¹¹, que constituye una herramienta de trabajo para los profesionales permitiendo integrar toda la información clínica de los mismos, en un entorno que, manteniendo la confidencialidad de la información del paciente, permita compartirla a todos los niveles sanitarios.

¹¹ Es un aplicativo desarrollado por la Gerencia Regional de Salud (SACYL).



6. UN PASO MÁS: AVANZANDO HACIA EL COSTE A PACIENTE

6.1. INTRODUCCIÓN

Actualmente en España existe un número reducido de hospitales (aunque cada vez mayor) que puedan proporcionar costes a paciente suficientemente detallado. Sin embargo hay autores que opinan, como Cots, F. (2012) (Coordinador de la Red Española de Costes Hospitalarios, RECH¹²), que “El Sistema Nacional de Salud tiene suficiente madurez en gestión y sistemas de información para que se pueda obtener información de costes por paciente de alta calidad” (p. 376).

El avance se percibe ya a nivel de distintas comunidades autónomas, donde se está migrando hacia aplicaciones con sistema de cálculo de coste a paciente. Si tomamos como referencia la aplicación utilizada actualmente en SACYL, la migración se realizaría hacia su versión GESCOT[®] WEB, que incorpora no solo el cálculo de coste por paciente detallado (personalizado e individualizado) sino que aporta notables mejoras funcionales y técnicas. Hasta ahora no era factible obtener un coste real por paciente, sino tan sólo de forma aproximada; el método de cálculo pasa de ser “de cascada” a “Bottom-Up¹³”, de forma que la mayoría de costes se cargan a paciente de manera directa. Así se podrá conocer, en cantidad y coste, toda la actividad realizada para un paciente durante los diversos episodios asistenciales, sean del ámbito que sean: hospitalarios, ambulantes o de atención primaria.

Para realizar la transición, es imprescindible que el hospital registre un porcentaje elevado de información a nivel de episodio clínico que permita recopilar los datos relativos al paciente de manera exhaustiva. Éste es el principal problema que se presenta, especialmente en grandes hospitales, ya que el registro de las múltiples actividades y pruebas aún se realizan de forma no informatizada o no integrada en los principales sistemas informáticos del hospital.

¹² RECH es un proyecto para la difusión y estudio del conjunto de costes a nivel de paciente de la actividad hospitalaria de una red de hospitales españoles.

¹³ Es un método de estimación de costes de abajo-arriba lo que implica calcular los costes de las partes y agregarlos para calcular el coste total del producto.



6.2. REQUISITOS TÉCNICOS Y ESTRUCTURAS NECESARIAS

La instalación de la aplicación se realiza de forma centralizada en un servidor, situado en el propio hospital o en cualquier otra ubicación física o virtual, de forma que no es necesaria la instalación de ningún aplicativo o componente en los puestos locales. La arquitectura web facilita la implantación y mantenimiento de la aplicación, ofreciendo acceder desde cualquier terminal conectado a internet, dentro o fuera del hospital, en éste último caso supeditándose a las políticas y protocolos de seguridad del mismo.

Es multipuesto, multiidioma y multicentro. Ésta última característica, es de particular interés a nivel de Servicios Centrales ya que ofrece la visibilidad de todos y cada uno de sus sus hospitales permitiendo realizar comparativas de costes entre ellos. A nivel de Hospital, se facilita la inclusión o absorción de un nuevo centro asociado o unidad alrededor de un Hospital ya existente.

En cuanto a la arquitectura técnica, no tiene las limitaciones técnicas de las anteriores versiones de GESCOT[®], siendo totalmente compatible con Oracle y Microsoft Windows.

6.3. VENTAJAS E INCONVENIENTES EN SU IMPLANTACIÓN

6.3.1. Ventajas:

- Ergonomía y uso mejorado: Proporciona una estética moderna y actualizada, con la apariencia de cualquier página web de uso habitual. Además de la facilidad de su uso, incluye grandes novedades en áreas que habían quedado notablemente limitadas:
 - Simplificación en la carga de ficheros, imputación y ejecución del método matricial ya que se realizarán en un solo paso; posibilidad de modificación por el propio usuario del orden de las columnas de los ficheros a cargar, lo que agiliza enormemente el trabajo ya que no habrá necesidad de transformarlos para adaptarlos a la estructura establecida; además se podrán incluir nuevos campos en la aplicación, en función de las necesidades particulares del centro, con fines diversos, como elaborar estudios especializados, estadísticas a medida, etc.



- Se crea el Módulo de generación de Criterios Automáticos de Imputación para centros de costes auxiliares con mayores posibilidades.
 - Plantillas de distribución con más prestaciones: los costes de personal pueden distribuirse a nivel de un solo empleado individual, o de un grupo o subgrupo de empleados.
 - No hay límite en el maestro de Conceptos Retributivos (en la versión actual hay un máximo de nueve).
- Nuevas funcionalidades y explotación de datos: Entre las nuevas funcionalidades, que incluye esta nueva versión web, podemos apuntar las siguientes:
- Aporta de forma estándar un módulo específico para los ingresos económicos que permitirá comparaciones, entre los ingresos que se producen en la institución y sus costes, de tal modo que podrán detectarse de forma sencilla las desviaciones que se produzcan.
 - Posibilidad de incluir desarrollos específicos a medida, como por ejemplo el Módulo de Coste Directo que permite distinguir, en un análisis de costes, los que son directos, y a su vez gestionables, de los que no lo son.
 - Estudio de coste a niveles por debajo de los GRD (procedimiento, diagnóstico, etc.) ya que permite la carga directa de la CIE-10.
 - Obtención del coste de todos los pacientes del centro (no únicamente los codificados) y no sólo a nivel de número de historia clínica, sino a nivel de episodio, ID Paciente, etc.
 - Módulo de envío de datos de costes a la RECH lo que permitirá a un Centro comparar sus costes con otros de su mismo grupo para conocer la eficiencia de su organización y promover políticas de mejora.
 - Mediante la herramienta IAmetrics[®], la plataforma WEB colabora con la compañía IASIST en el uso de su sistema de cuadros de mando, al objeto de hacer un benchmarking, entre Centros adheridos, sobre magnitudes diversas (como clasificación de pacientes, actividad, etc.) y el coste que estas suponen al Centro.



- Además de una mejora generalizada en el modo de explotación de datos y de incluir una completa batería de informes de interés, aporta novedades como la sustitución de Discoverer¹² por la nueva herramienta de Business Intelligence OBI, también de Oracle y la compatibilidad de uso de cualquier otra herramienta de Business Intelligence aportada por el hospital para explotar los datos de Costes obtenidos con GESCOT[®] (Qlickview, Crystal Reports, etc.).

A continuación (Figura 6.1), se muestra un ejemplo de lo que la herramienta de explotación de datos, Gescot Report (propia de la aplicación), puede ofrecer concretamente para el coste a paciente: coste por identificación, por servicio de alta, por agrupación, por procedimiento principal, por diagnóstico y muchos más.

Figura 6.1: Ejemplo Informe a Paciente Gescot Report

The screenshot shows the 'Inicio' (Home) page of the Gescot Report application. At the top, there is a search bar with a magnifying glass icon, a 'Ir' button, and a dropdown menu showing 'Informes 11. 10 Costes por paciente'. To the right is an 'Acciones' button with a dropdown arrow. Below the search bar, there is a 'Categoria' filter with a plus and minus icon. The main content is a table with 5 columns: 'Categoria', 'Subcategoria', 'Descripción', and 'Visión'. The table contains 9 rows of data, each representing a different cost report type. The first row is highlighted in grey.

Categoria	Subcategoria	Descripción	Visión
10 Costes por paciente	10_01 Agregados por Paciente	Costes agregados (vectorizados) por Paciente	Por ID Paciente
10 Costes por paciente	10_01 Agregados por Paciente	Costes agregados (vectorizados) por Paciente	Por Servicio Alta (de Clasificación del Paciente)
10 Costes por paciente	10_01 Agregados por Paciente	Costes agregados (vectorizados) por Paciente	Por Agrupación (de Clasificación del Paciente)
10 Costes por paciente	10_01 Agregados por Paciente	Costes agregados (vectorizados) por Paciente	Por Procedimiento Principal (de Clasificación del Paciente)
10 Costes por paciente	10_01 Agregados por Paciente	Costes agregados (vectorizados) por Paciente	Por Diagnóstico Principal (de Clasificación del Paciente)
10 Costes por paciente	10_01 Agregados por Paciente	Métricas sobre estancias	Coste por estancia
10 Costes por paciente	10_02 Detallados (Fichas) por Paciente	Costes detallados (ficha) por paciente	Datos Base
10 Costes por paciente	10_03 Costes por Prestación	Costes por Prestación	Parámetro Juego de Imputación
10 Costes por paciente	10_04 Actividad realizada	Actividad realizada	Por CeCo

Fuente: Empresa SAVAC-Gfi, S.A., 2016

¹⁴ Actual herramienta de explotación de datos de GESCOT[®].



6.3.2. Problemas e inconvenientes en la migración del Sistema

No obstante todo lo anterior y conocedores de los múltiples beneficios que aporta el cambio de un sistema a otro, no por ello somos menos conscientes de las dificultades que implica el desafío:

- Extensa red hospitalaria para migrar, coordinar y formar, dadas las dificultades que implica una gran red hospitalaria formada por 14 hospitales públicos.
- Especial esfuerzo en la recogida de datos a paciente. Las fuentes de información deben suministrar el mayor número de datos posible en este sentido; además se presenta como necesaria la modificación de muchas de descargas existentes en los sistemas informáticos hospitalarios, para que se adapten a la nueva estructura que exige la nueva filosofía; en éste sentido desde Servicios Centrales el esfuerzo deberá centrarse en negociar, con las empresas suministradoras de sistemas informáticos instalados en los centros, la elaboración de los módulos de descargas que suministran las bases de datos al sistema de costes. Actualmente no se cuenta con una política que imponga la necesidad de citar informáticamente diversa actividad y pruebas de los pacientes que aún se recogen por otros medios (en soporte papel y otros no válidos).
- Política de austeridad en un entorno desfavorable al gasto. La situación financiera del SACYL presenta un estado actual de recortes y contención del gasto, por lo que no es el mejor de los escenarios para pensar en abordar una inversión de éstas características.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la importancia creciente del gasto sanitario y especialmente del gasto hospitalario, en los primeros apartados se hace hincapié en la necesidad del establecimiento de sistemas que mejoren la gestión de los centros y que permitan gestionar de forma eficaz y eficiente.

En este trabajo se parte del análisis, en el tiempo, de los sistemas de contabilidad analítica de los centros sanitarios públicos a nivel nacional y su evolución hasta los existentes en la actualidad, con especial referencia al SACYL.

Tras la asunción de competencias sanitarias por la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se presenta el desarrollo del sistema de costes actualmente vigente tanto en su red hospitalaria pública como en atención primaria, deteniéndonos en las líneas de producción y productos que se obtienen en ambas áreas, con especial referencia a los generados en la atención especializada con hospitalización y a su producto principal, el GRD, debido a la importancia que presenta tanto a nivel económico como clínico, además de su relevancia como fuente potencial de financiación y de facturación a terceros, además de presentarse como información necesaria que deben manejar los responsables de los servicios clínicos.

A la vista de las limitaciones de un sistema contable, especialmente maduro y homogéneo, se plantea la importancia de introducir el coste a paciente en los hospitales, como instrumento útil para seguir avanzando en la mejora del sistema de costes sanitarios.

Se muestra como se produce la tendencia generalizada, en distintas Comunidades Autónomas, a migrar sus sistemas contables hacia versiones informáticas más actualizadas y modernas, soportados en arquitectura web, con los beneficios que a muchos niveles aporta; además, para mostrar una visión de lo que depara el futuro en costes, nos hemos centrado especialmente en la herramienta GESCOT[®] WEB, por ser la versión mejorada de la que se utiliza en la actualidad, además de ofrecer el coste a paciente y excelentes herramientas en la explotación de costes.

Si bien a nivel operativo las dificultades para la implantación abundan (extensa red hospitalaria para coordinar, coste de la implantación y limitaciones financieras, entre



otras), es un bonito reto que los profesionales de los distintos hospitales estaremos gustosos de asumir, dado que no deja de ser una asignatura pendiente desde hace demasiado tiempo. Las múltiples ventajas del nuevo aplicativo aportan para el usuario, un mejor aprovechamiento del tiempo, debido a la reducción de tiempos de espera, en cuanto a carga de ficheros, imputaciones y desarrollos matriciales; aporta nuevas funcionalidades en la explotación de resultados abriendo la posibilidad a estudios de costes por debajo del GRD permitiendo el estudio por procedimientos CIE-10, lo que hasta la fecha era imposible.

Como perspectiva de futuro, éste cambio no sólo proporcionará indicadores más específicos para medir la calidad y la eficiencia de la asistencia hospitalaria sino que abrirá la posibilidad de poder realizar comparaciones, sobre todo a nivel de GRD, entre hospitales a través de redes oficiales o independientes (como la RECH), nacionales o internacionales que permitan evaluar su eficiencia.



BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J. y Herce, J.A. (1999). *El gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas*. Revista el Médico Interactivo. Recuperado en <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/gasto.htm>
- Carnicero, J. (2008). La gestión del medicamento en los Servicios de salud. Informes SEIS. Recuperado en <http://82.98.165.8/documentos/informes/secciones/adjunto1/09%20-%20SISTEMAS%20DE%20GESTION.pdf>
- Cots, F., Chiarello P. , Carreras, M. (2012). Red Española de Costes Hospitalarios (RECH): bases para una gestión clínica basada en la experiencia. Recuperado en http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/003_SIGNO_13_3.pdf
- Falguera Martínez-Alarcón, J. (2002). *La Contabilidad de Gestión en los Centros Sanitarios (Tesis doctoral)*. Recuperado en <http://www.tdx.cat/bitstream/handle.net>
- Gerencia Regional de Salud SACYL. (2010). *Memoria Gerencia Regional de Salud SACYL*. Recuperado en <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-editados-consejeria-sanidad/buscador/memoria-2010-gerencia-regional-salud>
- Gerencia Regional de Salud SACYL. (2015). *IV Plan de Salud de Castilla y León, Perspectiva 2020: análisis del estado de salud de la población*. Recuperado en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon>
- González, JG .(2008). Sistemas de gestión de costes. Beneficios y oportunidades de desarrollo en las TIC. Recuperado en <http://82.98.165.8/documentos/informes/secciones/adjunto1/09%20-%20SISTEMAS%20DE%20GESTION.pdf>
- Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad . (2011). *Sanidad Privada aportando valor, Análisis de Situación*. Recuperado en <http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2011/08/INFORM2.pdf>



- Junta de Castilla y León. Consejería de Economía y Hacienda. (2015). Cifras Oficiales de Población. http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284300554709/_/_/
- Martínez-Ramos, C. (2009). *La Consulta de Alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria*. Revista Reduca, Vol 1, No 1, 342-355 <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/67/96>
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. (2011). *Análisis de los sistemas de Contabilidad Analítica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Atención Ambulatoria Especializada en el Sistema Nacional de Salud. Pesos y costes de los procedimientos ambulatorios IR-GRD 2.3*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Explotación estadística del Conjunto Mínimo de Datos Hospitalarios del sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Manual de Referencia CIE 10 PCS. Traducción de la normativa oficial americana para ICD10PCS, correspondiente al año fiscal 2013*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Recomendaciones para la obtención homogénea de costes de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Informe anual del Sistema Nacional de salud 2013, Castilla y León*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Estadística de Gasto Sanitario Público, 2013: Principales Resultados*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1990). *Gestión Analítica, hacia la Contabilidad Analítica en los hospitales*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1991). *Programa SIGNO, Manual de Usuario, Gestión Analítica*.



- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1993). Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. Sistemas de Homologación, Versión 1.1.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1993). Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. *Hacia un Club de Radiodiagnóstico: Catálogo de Exploraciones.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994). Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. *Hacia un Club de Anatomía Patológica: Catálogo de Exploraciones.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994). Subdirección General de Sistemas de Gestión Analítica y Costes. *Hacia un Club de Bioquímica.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1994). *Hacia el Coste por Paciente: Gestión Analítica SIGNO II.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). Instituto Nacional de la Salud. *Gestión Analítica Hospitalaria (Proyecto Signo).*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999). *Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999). Instituto Nacional de la Salud. *CMBD Insalud, Análisis de los GRD.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). Instituto Nacional de la Salud. *Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2000). Instituto Nacional de la Salud. *Proyecto GECLIF, Gestión Clínico-Financiera y Coste por Patología.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). Instituto Nacional de la Salud. *Conjunto Mínimo Básico de Datos, Hospitales del INSALUD.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2001). Instituto Nacional de la Salud. *GECLIF Gestión Clínico-financiera y Coste por Proceso.*



- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2002). *Proyecto N.I.P.E. Normalización de las Intervenciones para la práctica de Enfermería*. Recuperado en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/06Capitulo3.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Instituto de Información Sanitaria. *Los Costes de Hospitalización en el Sistema Nacional de Salud*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Metodología de análisis de la hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Modelo de Indicadores basado en el registro de altas (CMBD), Documento base*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Estándares y recomendaciones*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2008). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud, Castilla y León*.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Hospital de Día. Estándares y recomendaciones*.
- Neuner, John J. W. (1960). *Contabilidad de Costos*.
- Savac-Gfi, S.A. (2016). *Manual de Usuario Gescot Report, Gescot Web*.
- Sociedad de Radiología Médica. (2015). *Catálogo de Exploraciones de la Sociedad de Radiología Médica (SERAM)*.
- Valor, J. y Ribera, J. (1990). *Gestión en la Empresa hospitalaria*. Madrid IESE-Business School – Universidad de Navarra.
- Vila-Blanco, J.M. (2004). *Desarrollo e Implantación de la CMA en España: evolución en los hospitales del INSALUD*. Revista Cirugía Española, [Vol. 76. Núm. 03.](http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36)
<http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36>



Facultad de Ciencias del Trabajo